

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 163

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DU LIGAMENT LARGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1921

PAR

VERDIER (Louis-Joseph)

Né à Menet (Cantal), le 23 mars 1890

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président*.

DE ROUVILLE, Profes.

RICHE, Agrégé.

ETIENNE, Agrégé.

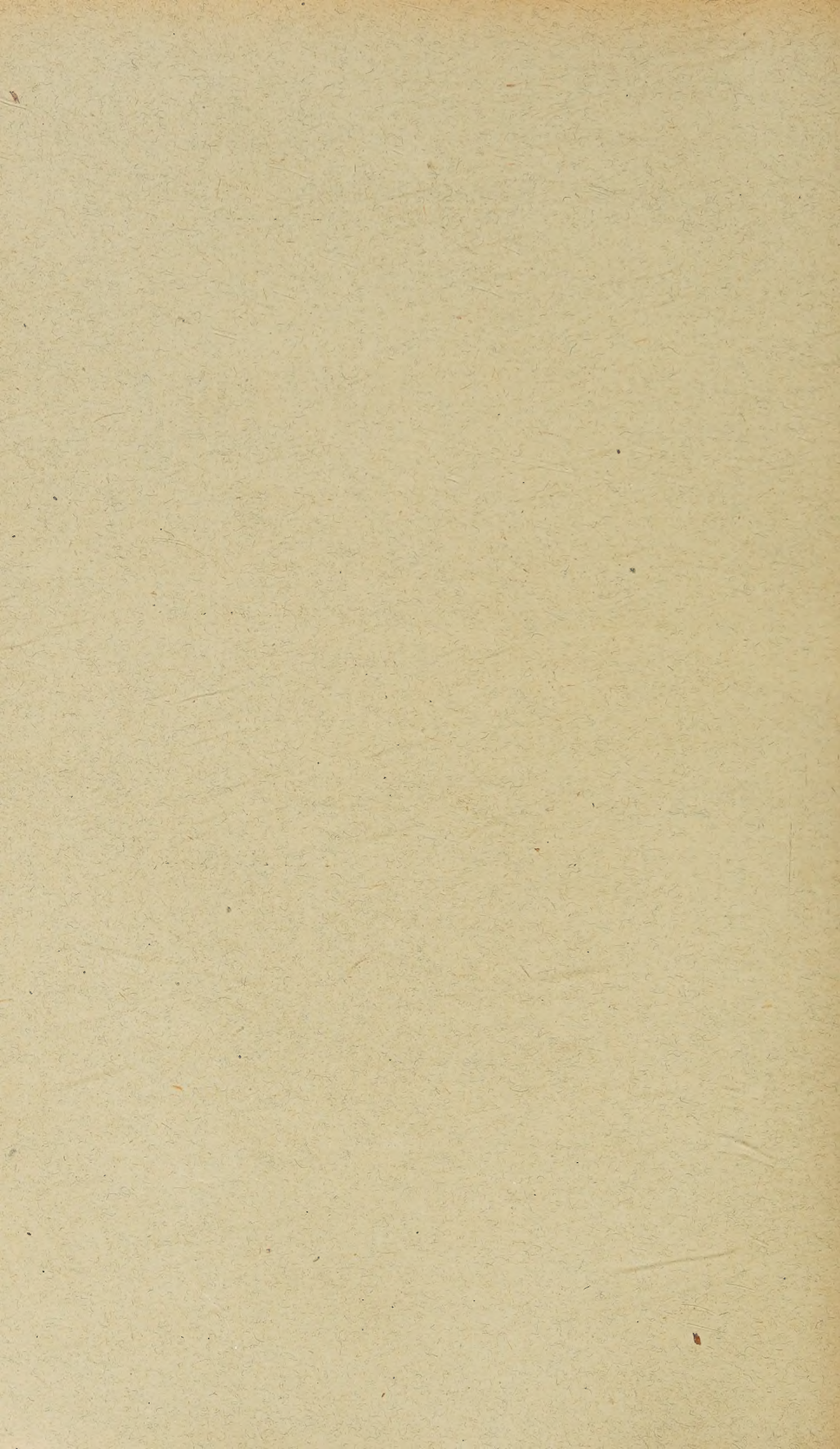
Assesseurs.

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DU LIGAMENT LARGE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 163

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

FIBROMES DU LIGAMENT LARGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1921



PAR

VERDIER (Louis-Joseph)

Né à Menet (Cantal), le 23 mars 1890

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, Professeur, *Président*.
DE ROUVILLE, Profes.
RICHE, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé. }

Assesseurs.



MONTPELLIER

Imprimerie PABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DU CAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEI..
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.
Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

MM. LEENHARDT.		MM. RICHE.
GAUSSEL.	Chirurgie	ETIENNE.
EUZIERE.		LAPEYRE.
RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
DELMAS (J.).		CABANNES.
MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .	MM. RICHE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce travail, bien faible témoignage
de ma reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MA BELLE-SŒUR ET A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

J. VERDIER.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Je le prie d'accepter mes remerciements pour
le très grand honneur qu'il me fait en présidant
cette thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

J. VERDIER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DU LIGAMENT LARGE

INTRODUCTION

Les tumeurs incluses dans le ligament large présentent toujours des difficultés au point de vue opératoire et au point de vue diagnostic. Ces tumeurs sont de divers ordres, mais les fibromes en constituent la majeure partie. Il n'est pas dans notre intention d'écrire l'histoire complète de ces fibromes du ligament large, ni d'exposer en détail les techniques opératoires dirigées contre eux ; les deux remarquables thèses de Stroheker et de Deniker ont apporté sur ce point toutes les précisions désirables. Mais, à propos d'un cas très intéressant opéré par notre maître M. le professeur Estor, nous insisterons sur quelques faits cliniques et sur quelques points spéciaux de technique qui nous paraissent mériter quelque attention.

La discussion sur la pathogénie des tumeurs primitives du ligament large a perdu tout son intérêt depuis que l'on a démontré l'existence de fibres musculaires lisses dans cette formation. Actuellement le côté clinique

et le côté thérapeutique, mieux connus, sont les seuls à développer. La différence d'évolution suivant le siège du myome, tumeur de la base du ligament large ou tumeur du méso-salpinx, mérite d'être mise en valeur. En effet, tandis que les seconds se développent librement dans l'abdomen, les premiers s'enclavent dans le bassin et donnent lieu à des troubles de compression et à des difficultés opératoires.

La discussion sur les indications de l'hystérectomie, sur la technique à mettre en œuvre, sont également des points à préciser.

Nous sommes heureux de remercier M. le professeur Estor de nous avoir donné l'occasion d'approfondir cette question si attachante et de nous avoir fourni des documents pour l'élaboration de ce travail.

HISTORIQUE

Depuis les premiers cas connus de fibrome du ligament large, simples trouvailles d'autopsie, nombreux sont les travaux consacrés à l'étude de ces tumeurs.

Dès le début, les auteurs se sont demandés si ces formations naissaient sur place ou venaient de l'utérus et pendant longtemps cette controverse a fait l'intérêt essentiel de la question. Il est intéressant de noter qu'un des premiers travaux d'ensemble se rapportant à ce sujet est une thèse de Montpellier, soutenue en 1891 par Lassalle ; elle avait été précédée par la thèse de Bilfinger (Wurtzburg, 1887).

En 1892, Gross et Binaud font une très intéressante communication au Congrès français de chirurgie et Lang réunit 39 observations de fibromes du ligament large dans sa thèse de Nancy. L'année suivante, Jarre (thèse de Lyon) propose l'extirpation par voie parapéritonéale.

L'étude de Guermonprez, au Congrès de gynécologie de Bordeaux, en 1895, est à citer : la même année, Vautrin consacre un travail à l'extirpation de ces tumeurs, et en 1896 deux thèses complètent ces études ; ce sont

celles de Hansen (Kiel) et de Perrot (Lyon). Doran, en 1899, analyse déjà 53 observations.

En 1902, Strohecker, dans une remarquable thèse, ne réunit pas moins de 201 observations de fibromes du ligament large dont il fait une étude très consciencieuse, rapportant tous les cas publiés jusqu'à lui, avec une bibliographie très complète. Dans sa thèse de 1910, Deniker s'attache surtout au côté clinique et au traitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est impossible de donner une description des fibromes du ligament large qui affectent toutes les formes et toutes les dimensions, qui présentent les degrés de consistance les plus divers. Nous n'insisterons pas sur ces considérations générales bien connues; ce qu'il importe de bien préciser surtout, c'est la situation des fibromes dans le ligament large.

On peut distinguer dans celui-ci deux parties qui ont une importance clinique primordiale:

1° La partie inférieure ou *base* ;

2° La partie supérieure ou *méso-salpinx*.

Les tumeurs développées dans le méso-salpinx sont *pédiculées* ou *pédiculisables* ; elles peuvent évidemment tomber et se développer dans le petit bassin ; mais, dans la très grande majorité des cas, elles évoluent vers l'abdomen et ne donnent lieu à des accidents que si elles atteignent un volume considérable.

Au contraire, les tumeurs de la base du ligament large sont d'emblée *enclavées dans le petit bassin*. Des fibromes, même de petit volume, peuvent ainsi déterminer des phénomènes douloureux, des troubles vésicaux et intes-

tinaux, déterminer des positions vicieuses pendant la grossesse et des dystocies au moment de l'accouchement, créer des difficultés opératoires considérables. L'inclusion est, pour Terrillon, un des problèmes les plus graves de la chirurgie abdominale.

« Une tumeur, dit Deniker, née dans cette portion basse du ligament, n'a *aucune tendance*, quel que soit son volume, à *dédoubler le méso-salpinx*. La résistance de ce dernier est considérable et dans un de nos cas un fibrome de 0 m. 25 de diamètre ne l'avait pas dédoublé. Réciproquement, une tumeur du méso-alpinx (et ici les kystes sont infiniment plus fréquents que les fibromes) dédouble rapidement ce dernier, et la *trompe, aplatie et rubanée, vient encercler la tumeur*, disposition absolument caractéristique et qui permet de diagnostiquer à coup sûr l'origine de la tumeur, même si ultérieurement celle-ci a pris un grand développement. »

Il existe également des fibromes de l'étage moyen sans grand intérêt car ils évoluent rapidement suivant un des types décrits.

EVOLUTION ANATOMIQUE. — Les fibromes développés dans le ligament large peuvent se pédiculiser ou rester intra-ligamentaires. Dans ce dernier cas, ils peuvent évoluer en avant vers la vessie ou en arrière vers le méso-sigma. Ils peuvent enfin rester enclavés dans le petit bassin et même sortir de l'excavation par le trou obturateur, par l'échancrure sciatique, etc.

RAPPORTS AVEC LES ORGANES VOISINS. — Le fibrome est libre dans le ligament large, enveloppé d'une couche celluleuse lâche qui permet une énucléation facile, ou au contraire il est très adhérent par suite d'une inflammation qui a donné un épaissement du tissu cellulaire.

En général le ligament large envahi par une tumeur

est très vascularisé, il est parcouru par des veines énormes qui ont pu être un obstacle à l'intervention.

L'utérus est sain ou fibromateux : sa situation dépend du volume de la néo-formation qui le déplace soit latéralement, soit de bas en haut. La trompe et les ovaires sont également entraînés. La vessie est simplement refoulée ou bien elle adhère à la tumeur qui peut alors lui imposer des déplacements importants. Il en est de même de l'uretère qui peut être comprimé, déplacé, notion capitale à connaître au cours de l'intervention, car ce conduit est alors exposé à une blessure accidentelle.

STRUCTURE. — Au point de vue histologique il s'agit le plus souvent de *fibro-myomes*, comme au niveau de l'utérus ; nous ne les décrirons pas plus longuement ici. Mais il est un point que nous devons signaler, car il a son importance en vue du diagnostic, c'est que ces fibromes sont souvent ramollis (dégénérescence œdémateuse) ; on les confond alors avec les kystes ou les kystes dermoïdes de l'ovaire.

Cette dégénérescence n'est pas la seule d'ailleurs et les fibro-myomes peuvent devenir également fibreux, parfois sarcomateux.

PATHOGÉNIE. — On a longtemps discuté sur la pathogénie de ces formations ; il est admis aujourd'hui qu'à côté des tumeurs développées aux dépens des organes voisins (utérus, trompe, ovaire), il existe des *tumeurs primitives du ligament large*. La présence de tumeurs fibreuses est facile à expliquer, puisque le ligament large contient du tissu conjonctif. Les travaux de Rouget, démontrant l'existence de fibres musculaires lisses, permet de comprendre le développement de fibro-myomes.

SYMPTOMES

Les symptômes varient avec le siège du fibrome, nous avons insisté sur ce point dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique : symptomatologie peu bruyante pour les tumeurs haut situées, à développement abdominal. Au contraire, par suite de leur enclavement, les fibromes de la base du ligament large donnent lieu à deux ordres de signes : des phénomènes douloureux et des troubles vésicaux ; rétention d'urine ou incontinence. De plus, ces tumeurs déplacent l'utérus latéralement, le remontent dans l'abdomen, souvent l'immobilisent. Les hémorragies sont moins fréquentes que dans les fibromes utérins, on ne les trouve que dans 50 p. 100 des cas environ.

Passons en revue les divers symptômes observés et tout d'abord les signes physiques.

I. Tumeurs pelviennes

La *palpation* permet de révéler la tumeur si elle est assez volumineuse. On a alors l'impression de palper un fibrome utérin développé latéralement, fibrome souvent ramolli.

Le *toucher* est parfois difficile car le col peut être remonté jusqu'à vingt-deux centimètres de la vulve, comme dans le cas de Guérmonprez. Mais le plus souvent il est déplacé, surtout latéralement. Ce col est normal, ramolli, fibromateux, hypertrophié, etc., suivant l'état de l'utérus.

Dans un cul-de-sac on perçoit une masse plus ou moins volumineuse, irrégulièrement arrondie.

Par le palper combiné, si la tumeur fait ou paraît faire corps avec l'utérus, on peut avec Deniker reconnaître quatre types :

- a) Tumeur franchement latérale ;
- b) Tumeur latérale et postérieure ;
- c) Tumeur latérale et antérieure ;
- d) Tumeur remplissant toute l'excavation pelvienne.

Il est plus facile de reconnaître les tumeurs nettement indépendantes de l'utérus. Signe important : les tumeurs incluses sont peu mobiles, nous avons déjà insisté sur ce point.

II. Tumeurs abdominales

Il peut s'agir d'une tumeur à développement primitivement abdominal ou d'une tumeur pelvienne ayant évolué en haut. Dans les cas les plus sérieux le fibrome est à la fois pelvien et abdominal, occasionnant des troubles graves de compression.

Inspection. — La voussure asymétrique varie avec le volume et la forme de la tumeur. Il est rare, aujourd'hui que l'on opère précocement les fibromes, d'observer les énormes tumeurs pesant plusieurs livres que signalent les anciens auteurs. On comprend qu'avec des fibromes

de 19 kilogrammes (Terrillon), 20 kilogrammes (Doran), on puisse voir une saillie importante de l'abdomen.

La *palpation* donne plus de renseignements, elle permet de préciser la forme, la consistance, la mobilité de la tumeur, caractères présentant un grand intérêt au point de vue opératoire.

Le *toucher vaginal* permet de reconnaître : d'une part les tumeurs énucléées du ligament large (c'est dans ce cas que l'utérus est élevé au maximum), et d'autre part les tumeurs à développement à la fois abdominal et pelvien qu'il est presque impossible de différencier des tumeurs utérines lorsqu'elles sont volumineuses.

Comme moyens complémentaires on peut utiliser le *toucher rectal* chez les vierges. Il ne faudra jamais négliger, si le fibrome est volumineux, de recourir à l'*examen cystoscopique* et au *calhétérisme des uretères* ; nous avons insisté sur les déplacements, les adhérences, les compressions vésicales et urétérales, il est bon d'être exactement fixé sur ces diverses complications avant l'intervention.

Les *symptômes fonctionnels* sont surtout nets dans les tumeurs pelviennes enclavées. Les *douleurs* peuvent être extrêmement vives et donner lieu à des erreurs de diagnostic avec la sciatique : elles sont dues à la compression du plexus lombo-sacré par la masse fibromateuse et elles constituent souvent un des premiers signes révélateurs de la tumeur. Elles siègent soit dans le domaine du sciatique, soit dans la région lombaire, soit dans la fosse iliaque. La poussée congestive de la période menstruelle les fait apparaître ou les augmente ; de même une poussée de salpingite ou toute autre inflammation locale peuvent déterminer de véritables crises douloureuses.

Les *troubles urinaires* par compression, par adhérence vésicale ou par compression urétérale sont souvent observés. Ce sont la dysurie, la fréquence des mictions, parfois la rétention d'urine. Celle-ci se produit en général par crises coïncidant avec les règles, favorisées par la congestion physiologique.

La compression de l'uretère amène sa rétro-dilatation, mais le bassinet, puis le rein finissent par être lésés ; il s'agit le plus souvent d'une simple albuminurie, on a cependant observé des phénomènes urémiques.

Pertes. — Les malades signalent souvent des pertes blanches qui n'ont pas grand intérêt car elles sont en rapport avec une métrite coexistante.

Les hémorragies ne sont pas très fréquentes. Dans la moitié des cas environ les règles sont normales, dans quelques cas elles sont augmentées ou supprimées. Dans 50 p. 100 environ des cas on trouve signalées des hémorragies d'intensité variable. La dysménorrhée douloureuse est habituelle et souvent très accentuée.

Les *phénomènes de compression vasculaire* se traduisent par de l'œdème ou des varices des membres inférieurs, par l'apparition d'hémorroïdes, parfois par de l'ascite. Il faut craindre chez ces malades les thromboses et les embolies (Forgue et Massabuau).

La compression du rectum, banale dans toutes les tumeurs volumineuses du pelvis, se traduit ici par de la constipation avec crises de débâcle. Elle a pu produire l'occlusion intestinale.

Les *symptômes généraux* ne s'observent qu'avec les grosses tumeurs ou dans les fibromes compliqués.

Les énormes tumeurs abdominales donnent des troubles gastriques (nausées, vomissements), des troubles respi-

ratoires par compression du diaphragme, des troubles cardiaques comme on en voit dans toutes les volumineuses néoplasies. Il y a alors, dans ces cas, altération du facies, amaigrissement, comme dans les gros kystes de l'ovaire, par exemple.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution est celle des fibromes utérins, la tumeur subit un accroissement de volume lent et progressif. D'abord insidieux, le fibromyome provoque des perturbations d'ordres divers qui déterminent le malade à consulter un chirurgien : douleurs, pertes, troubles vésicaux.

Toutefois, quelques complications peuvent amener le médecin à examiner ces malades et à instituer un traitement d'urgence. Il est bon de les passer en revue. Ce sont :

Les *crises douloureuses* revenant à des intervalles plus ou moins éloignés, le plus souvent au moment des règles, et reconnaissant, nous l'avons dit, des origines diverses. En général, elles sont de courte durée.

La *torsion* des fibromes, rare. Elle se fait avec des poussées douloureuses intermittentes et peut se compliquer de la *rupture* du pédicule.

Des *hémorragies* ont été observées dans la tumeur. Elles ne paraissent pas exceptionnelles, surtout dans les fibromes dégénérés.

La *suppuration* par infection de voisinage (muqueuse

utérine) ou par voie circulatoire a été signalée dans quelques cas.

La *transformation maligne* paraît la plus grave des complications. Nous avons signalé les diverses dégénérescences observées par les auteurs : transformation fibreuse, œdémateuse, lipomateuse, myxomateuse. Toutes ces modifications n'ont qu'une importance secondaire à côté de la gravité de la transformation sarcomateuse du fibro-myome.

Mais, dans l'ensemble, le *pronostic* n'est pas trop défavorable si la tumeur est reconnue assez tôt, ce qui est le cas le plus habituel de nos jours, avant d'avoir atteint un trop gros volume, d'avoir entraîné des troubles de compression importants ou des complications sérieuses. Seules les grosses tumeurs enclavées sont d'un pronostic sérieux.

Il faut signaler l'influence réciproque de ces tumeurs sur la grossesse qu'elles peuvent compliquer en créant des présentations vicieuses et sur l'accouchement qu'elles peuvent rendre dystocique ; de la grossesse sur ces tumeurs qui augmentent souvent de volume pendant la durée de la gestation, puis reprennent leurs dimensions mais ne paraissent pas régresser.

DIAGNOSTIC

Théoriquement le diagnostic paraît facile ; il s'agit d'une tumeur indépendante de l'utérus, latérale, plus ou moins mobile, de consistance solide, etc. Mais en pratique la confusion avec le fibrome utérin est fréquente et notre observation 1 en constitue un exemple typique. Si la tumeur est volumineuse, l'erreur est possible avec toutes les tumeurs enclavées qui donnent les mêmes symptômes de compression, le même syndrome douloureux.

Plusieurs éventualités peuvent se présenter, qu'il est nécessaire d'étudier successivement :

I. — La tumeur est pelvienne

Le fibrome utérin ne pourra être distingué que si l'on trouve un sillon net entre la masse intraligamentaire et l'utérus. Ce sillon est très difficile à reconnaître. Quant à l'utérus, s'il est normal dans certains cas, dans d'autres il est aussi fibromateux, ce qui vient encore compliquer le problème.

Dans quelques cas le fibrome du ligament large complique une grossesse, il peut être très délicat de recon-

naître celle-ci; de même chez une femme gravide il n'est pas toujours aisé de porter le diagnostic de fibrome intraligamentaire à cause du ramollissement que subit la tumeur du fait de la gestation. Le diagnostic différentiel avec une grossesse tubaire présente encore plus de difficultés.

Les *tumeurs de l'ovaire*, tumeurs solides ou kystes, se reconnaîtront à leur plus grande mobilité : elles sont plus élevées, plus abdominales que les fibromes inclus. Les mêmes remarques s'appliquent aux *tumeurs des trompes*, qui sont d'ailleurs, en général, de faibles dimensions.

Les grandes poches de salpingite, les hydro-salpinx présentent les caractères des kystes ovariques, mais leur sensibilité est assez caractéristique.

Enfin on reconnaîtra les tumeurs abdominales tombées dans le pélvis à leurs connexions, à leur siège rétro-utérin. Le diagnostic exact n'est le plus souvent porté qu'au cours de l'intervention.

II. — La tumeur est abdominale

Nous ne pouvons pas passer en revue toutes les tumeurs de l'abdomen, il nous suffira d'indiquer les caractères essentiels du diagnostic différentiel dans le cas particulier des fibromes du ligament large.

Le point capital est qu'il s'agit d'une tumeur développée *de bas en haut*. Ce seul fait permet d'éliminer toutes les tumeurs de l'étage supérieur de l'abdomen : foie, estomac, rate, côlon, vésicule biliaire, rein. Un caractère de la tumeur tout aussi important et connexe, c'est qu'elle est plus ou moins mobile de haut en bas et pas mobile de bas en haut.

La consistance ferme, dure, est un bon signe, malheureusement inconstant, car les fibro-myomes du ligament large sont souvent ramollis et on les confond volontiers avec les kystes de l'ovaire, surtout avec les kystes dermoïdes.

Un point de haut intérêt est de rechercher les relations de la tumeur avec l'utérus. Si la masse est indépendante de l'organe, les caractères précédents font pencher en faveur d'une tumeur des annexes ou du ligament large. Si la masse se déplace avec l'utérus, la confusion est inévitable avec le fibrome de cet organe, et d'ailleurs l'argument de fréquence qui certes n'est pas à dédaigner nous conseille de penser au corps fibreux de l'utérus.

TRAITEMENT

Le traitement des fibromes du ligament large a bénéficié des progrès immenses de la chirurgie abdominale. Cependant on ne peut affirmer que les enlever constitue une opération facile et bénigne. Certes nous sommes loin actuellement du chiffre si élevé de mortalité apporté au Congrès de chirurgie en 1895 par Vautrin, qui trouvait pour les gros fibromes inclus 66 % de morts ! Les statistiques récentes, allégées des séries peu brillantes du début, sont encourageantes, mais il faut savoir que la mortalité reste encore élevée. Les tumeurs de la base du ligament large, les fibromes adhérents, les masses abdomino-pelviennes exigent pour être extirpés des opérations longues et difficiles. Celles développées dans la partie haute du ligament comportent une technique plus simple, encore faut-il compter avec les énormes fibromes adhérents à la vessie ou à l'intestin.

Indications opératoires. — Tous les fibromes du ligament large sont justiciables de l'opération chirurgicale. Laisser évoluer la tumeur, c'est courir les risques d'un développement progressif, d'un enclavement, de compressions graves, d'une transformation sarcomateuse, etc.

Bien entendu nous n'oublions pas les contre-indications générales de toute intervention : âge avancé, mauvais état général, cardiopathies, diabète, etc.

Technique.— Polosson avait proposé d'utiliser la *voie para-péritonéale*. Actuellement où l'on n'hésite plus à aborder la cavité abdominale, cette voie est abandonnée et l'on n'a plus recours qu'à la voie vaginale et à la voie abdominale.

La première a été pendant longtemps acceptée pour les tumeurs de petit et de moyen volume, faisant saillie dans un cul-de-sac vaginal : en 1899, Doyen et de Schauta se firent les défenseurs de cette technique au Congrès d'Amsterdam ; Dartigues soutint cette opinion dans sa thèse de 1901, avec des observations de Segond, partisan de cette méthode.

C'est assurément la *laparotomie* qui convient à la grande majorité des tumeurs du ligament large. Bégouin et Papin ont signalé deux utiles précautions à prendre avant de commencer l'opération : c'est d'effectuer une désinfection soignée du vagin, car on peut être amené à pratiquer une hystérectomie, nous verrons plus loin dans quelles conditions ; c'est aussi d'introduire un cathéter métallique dans la vessie, nous avons montré en effet combien les déplacements de cet organe sont fréquents. Pour la même raison, adhérences avec la vessie, ces auteurs conseillent d'inciser très haut au-dessus de la tumeur pour éviter la vessie, étalée, étirée sur la masse. Si la paroi vésicale cède, rechercher un plan de clivage en bas et décoller l'organe de bas en haut.

Encore pour la même raison, Deniker conseille d'ouvrir le péritoine à la partie toute supérieure de la plaie, la vessie ayant été ouverte même par des opérateurs avertis.

Si la tumeur est pédiculée, elle est facilement enlevée et nous n'avons pas à décrire la technique si simple de son ablation. Par contre, si elle est incluse dans le ligament large, deux cas à considérer suivant qu'elle se trouve dans sa partie supérieure ou à sa base :

1° Dans la partie supérieure du ligament large on incise ce dernier en avant de la trompe, les vaisseaux restant en général avec le feuillet postérieur. Puis on essaie d'énucléer le fibrome, ce qui est le plus souvent possible, en incisant de plus en plus profondément jusqu'à la masse blanche et lisse qui sera décortiquée comme un sac de hernie avec les doigts coiffés d'une compresse. La tumeur une fois énucléée s'enlève facilement; si un pédicule la relie à l'utérus, il est aisément lié et sectionné.

2° Dans la base du ligament large, si la tumeur est indépendante de l'utérus on agit comme précédemment; si elle est utérine ou adhérente à l'utérus il faut se décider pour ou contre l'hystérectomie et commencer par là, ce qui facilitera beaucoup l'opération. On attaque le col d'emblée (hystérectomie par décollation antérieure) et la tumeur se dégage plus facilement de bas en haut, l'hémostase est plus aisée, l'uretère s'évite mieux.

Cette hystérectomie est indiquée chez les vieilles femmes, lorsque l'utérus est lui-même fibromateux, lorsque la tumeur adhère étroitement, car dans ce cas, même chez les femmes jeunes, il reste une vaste surface cruentée très difficile à réparer.

Bégouin et Papin indiquent que dans les cas hésitants il vaut mieux faire l'hystérectomie si la tumeur est très volumineuse, car l'opération sera facilitée, ou si la tumeur est très vasculaire, car on peut avoir des accidents redoutables.

Toutefois, après les conseils judicieux et éclairés de

M. le professeur Riche, dont nous avons pu apprécier l'enseignement aux consultations de l'hôpital général, lorsque cette mutilation ne s'impose pas d'une façon absolue, nous estimons qu'avant de vouer une femme, jeune surtout, à la stérilité définitive, le chirurgien doit se préoccuper de la possibilité d'une grossesse ultérieure. Indépendamment de considérations démographiques qui ne sont point négligeables, les désirs même de la malade, inspirés par des intérêts légitimes ou des penchants naturels fort louables, prennent une grande importance à ce sujet et doivent être un facteur de premier ordre dans le choix de la méthode.

Les tumeurs bilatérales, petites, sont traitées successivement, mais les gros fibromes bilatéraux, enclavés, immobiles, ont préoccupé pendant longtemps les anciens chirurgiens. Devant les difficultés et la gravité de l'opération, ces auteurs préféraient recourir à la ligature atrophiante ou à la double castration. Ces opérations ne doivent plus être utilisées que chez les femmes à mauvais état général ne pouvant pas supporter une intervention plus radicale. Nous possédons en effet des techniques nous permettant d'enlever ces tumeurs si difficiles : ce sont le procédé par héli-section utérine et le procédé américain de Kelly-Segond.

Quant aux tumeurs abdomino-pelviennes très volumineuses, on ne peut leur appliquer d'autre méthode que celle de la décortication progressive.

ACCIDENTS. — Nous avons laissé entrevoir les principaux accidents à redouter en montrant les connexions des fibromes du ligament large.

Des *hémorragies* redoutables sont à craindre, car les vaisseaux entourant la tumeur sont parfois très développés.

Des blessures viscérales, intestin, vessie, sont possibles. On les évitera en repérant les rapports du fibrome avant de l'attaquer.

La blessure de l'uretère est souvent difficile à éviter en raison des grands déplacements de ce conduit. Il faut donc le rechercher avec grand soin dès le début et ne pas le perdre de vue. Le chirurgien peut d'ailleurs être entraîné à le léser par suite de son adhérence avec la tumeur dans laquelle il peut même être englobé, ce qui exige une intervention libératrice très délicate. Si l'uretère est blessé, il est de la plus haute importance de le suturer immédiatement ou de l'aboucher dans la vessie, car si cet accident passait inaperçu on pourrait être entraîné à pratiquer une néphrectomie secondaire.

RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT. CONDUITE A TENIR. — Lorsque la grossesse se poursuit sans accidents, il n'y a qu'à attendre, et la grossesse sera menée le plus souvent à bonne fin.

Si la tumeur détermine des accidents, il faut l'enlever par laparotomie, en réduisant l'intervention au minimum.

Pendant le travail, l'expectative est encore recommandée, l'accouchement pouvant se faire d'une façon spontanée. Si la tumeur s'oppose absolument à l'engagement, il faut recourir à une césarienne de préférence ou à l'hystérectomie abdominale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Professeur Estor)

M^{lle} X..., âgée de 57 ans, vierge, a été réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. La ménopause est survenue sans troubles à 45 ans. La malade a toujours joui d'une bonne santé. Depuis le mois d'octobre 1920, elle perd chaque jour quelques gouttes de sang et ce sont ces pertes qui la décident à consulter.

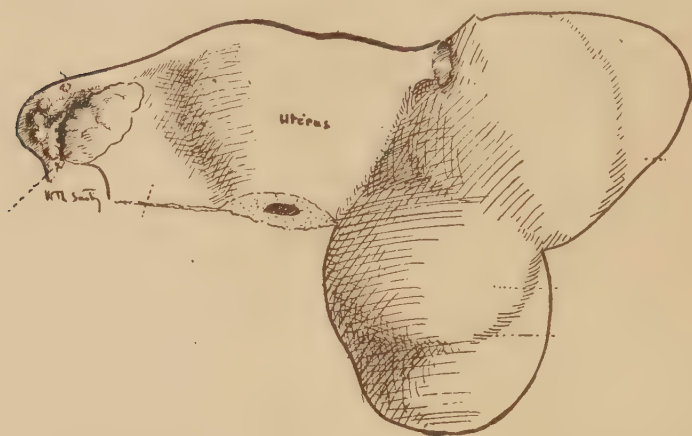
L'interrogatoire ne révèle aucun autre trouble, aucune douleur.

Toucher. — Dans le cul-de-sac latéral droit et postérieur, on constate la présence d'une tumeur dure, lisse, paraissant complètement fixée sur l'utérus.

Opération le 1^{er} avril 1921 : Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Même au cours de l'opération, comme pendant l'examen par l'exploration bimanuelle, la tumeur paraît fixée sur l'utérus. On reconnaît qu'il s'agit d'une tumeur incluse dans le ligament large droit qu'il

faut inciser pour en dégager le fibrome. Celui-ci occupe la situation normale de l'utérus, tandis que ce dernier est refoulé à gauche et appendu à la tumeur comme un petit fibromé sur un fibrome principal.

Suites opératoires normales.



Fibro-myome du ligament large droit (Professeur Estor)

Description de la pièce et de ses rapports avec l'utérus.

— La pièce enlevée comprend l'utérus petit, sectionné au-dessus de l'isthme, avec les annexes gauches intactes; l'ovaire est petit et scléreux; on remarque quelques petits kystes de la grosseur d'un grain de chènevis sur le pavillon et sur la face péritonéale de la portion ampullaire de la trompe, kystes blanchâtres au nombre de 4 ou 5.

Les annexes droites ont été sectionnées au ras de l'utérus, au cours de l'intervention, pour disséquer le ligament large droit dans lequel se trouvait la tumeur. Celle-ci présente dans son ensemble une forme grossièrement ovoïde à grand axe antéro-postérieur et à

grosse extrémité dirigée en arrière. Elle est recouverte d'un tissu conjonctif riche en vaisseaux. Il semble même que ce soient ces brides conjonctivo-vasculaires qui déterminent la lobulation de la tumeur qui paraît comme ficelée, étranglée par ces brides.

Le poids de la tumeur est de 240 grammes.

L'utérus est mobile sur la masse ligamentaire et la coupe macroscopique confirme cette impression : la tumeur est complètement indépendante du muscle utérin auquel elle n'est reliée que par le feuillet sus-jacent du ligament large qui passe comme un voile au-dessus des deux formations.

Examen microscopique. — La tumeur est un fibromyome très riche en fibres musculaires lisses formant des faisceaux coupés sous diverses incidences et séparés par de larges tractus de tissu conjonctif.

Une coupe totale, comprenant la portion adjacente de l'utérus et de la tumeur, a permis de confirmer l'indépendance complète du fibro-myome.

OBSERVATION II

(Gross et Binaud. — Congrès français de chirurgie, 1892)

Fibrome pédiculé du ligament large

Histoire clinique. — Femme de 31 ans, nullipare, réglée à 17 ans normalement. Il y a trois ans, vives douleurs abdominales avec irradiation lombaire. Depuis un an, remarque une grosseur dans le ventre.

Examen. — Abdomen volumineux. A la palpation, tumeur de forme régulièrement ovoïde, à surface lisse, de consistance ferme, inclinée vers la droite et remontant jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. La tumeur est très mobile ; elle ne semble pas plonger derrière le pubis, la paroi abdominale se laissant déprimer entre la tumeur et lui. Au toucher, col petit, conique, utérus peu développé, mobile mais indépendant des mouvements imprimés à la tumeur.

Diagnostic posé : kyste dermoïde de l'ovaire.

Opération (1^{er} février) (Gross). — Laparotomie. On trouve la face antérieure de la tumeur, lisse, sans adhérences, rouge violacé, parcourue par de gros canaux veineux verticalement dirigés. L'aspect est celui des fibromyomes utérins. La tumeur est libre dans la majeure partie de sa surface ; à la partie supérieure et externe, quelques adhérences aisément décollées. Dégagement de la tumeur ; il y a un pédicule épais, situé à droite ; la tumeur ne se prolonge pas dans son épaisseur ; pédiculation et énucléation. Le pédicule tient à la partie externe du ligament large du côté droit ; ovaire et trompe intacts en avant du moignon. Utérus petit, en position normale, sans rapports avec la tumeur. Réunion, suites normales.

Examen de la pièce. — Tumeur violacée, ovoïde, lisse, excepté à sa partie supérieure où avaient existé quelques adhérences, et au niveau des pédicules : poids 2.500 grammes, diamètre 0,25 sur 0,18. Aspect à la coupe : fibro-myome utérin. Dans le tiers inférieur, tissu dense élastique, gris rosé, de texture homogène ; dans les deux tiers supérieurs, aspect œdémateux, gélatineux, jaune violacé. On y trouve deux petites cavités kystiques renfermant un liquide clair et visqueux.

Examen histologique (Baraban). — Fibro-myome avec prédominance du tissu musculaire sur le tissu fibreux. L'imprégnation au nitrate d'argent montre quelques réseaux lymphatiques très développés. La partie la plus molle du néoplasme est également musculaire, mais avec dissociation des faisceaux par une substance gélatiniforme dans laquelle sont disséminées des cellules rondes granulo-graisseuses peu abondantes. De par ce fait la tumeur pourrait s'appeler myxomyome, ou peut-être conviendrait-il d'admettre simplement une sorte d'œdème. Les petits kystes observés semblent être des kystes par ramollissement.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes du ligament large sont des tumeurs qui ne sont pas exceptionnelles et qui peuvent prêter à des difficultés cliniques et opératoires.

II. — Anatomiquement les tumeurs vraies du ligament large sont des fibro-myomes développés sur place aux dépens du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses qui s'y trouvent normalement. Ces tumeurs peuvent siéger soit dans la partie haute, soit dans la base du ligament large.

III. — Cette distinction est capitale; car les fibromes du méso-salpinx sont pédiculés ou pédiculisables, à évolution abdominale, tandis que ceux de la base s'enclavent dans le petit bassin.

IV. — Il résulte de ces faits que le tableau clinique sera tantôt celui d'une tumeur abdominale, sans grande symptomatologie, tantôt celui d'une tumeur pelvienne qui déterminera des troubles graves de compression (douleurs, troubles vésicaux, compression rectale, etc.).

V. — Le diagnostic ne peut être fait que si la tumeur est nettement indépendante de l'utérus. On pense le plus souvent à un fibrome utérin, ou si la tumeur est ramollie à un kyste de l'ovaire.

VI. — Le traitement consistera en l'extirpation. L'opération est facile pour les tumeurs abdominales, elle peut être très difficile pour les tumeurs incluses. Si l'hystérectomie est indiquée, il est avantageux de commencer par la pratiquer.

VII. — Les accidents à redouter sont la blessure de la vessie et surtout de l'uretère, les hémorragies rebelles.

BIBLIOGRAPHIE

- AMUSSAT. — Mémoire sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, 1842.
- BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876.
- BÉGOUIN. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1907.
- BÉGOUIN et PAPIN. — Journ. de méd. de Bordeaux, 25 mars 1921.
- BILFINGER. — Thèse de Wurtzburg, 1887.
- BOUVIER. — Les fibromes de l'utérus intraligamentaires (Thèse de Bordeaux, 1901).
- CHARPY. — Structure des ligaments larges (Lyon Médical, 1886, p. 337).
- DANIEL. — Thèse de Paris, 1905.
- DARTIGUES. — Thèse de Paris, 1901.
- DENIKER. — Tumeurs du ligament large (Thèse de Paris, 1910).
- DOYEN. — Congrès d'Amsterdam, 1899.
- ESTOR, GRYNFELT et AIMES. — Société anatomique de Paris, 30 avril 1921.
- FAINE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie, *in* Traité de chirurgie de Le Dentu et P. Delbet.
- FUCHS. — Arch. f. Gynæk., 1900, p. 299.
- GROSS et BINAUD. — Congrès français de chirurgie, 1892.
- GUERMONPREZ. — Congrès de gynécologie de Bordeaux, 1895.
- HANSEN. — Thèse de Kiel, 1896.
- HYENNE. — Thèse de Paris, 1898.
- JARRE. — Thèse de Lyon, 1893.
- LANG. — Thèse de Nancy, 1892.

- LASSALLE. — Thèse de Montpellier, 1890.
LARNAUDIE. — Thèse de Montpellier, 1891.
LAUWERS. — Bull. Acad. royale de méd. de Belgique, 1893.
LERIVRAIN. — Thèse de Paris, 1903.
LUTAUD. — Thèse de Paris, 1910.
MAUGIN. — La Gynécologie, octobre 1897.
PERROT. — Thèse de Lyon, 1900.
PILLIET, et COSTES. — Comptes rendus de la Société de biologie, 1894.
POLOSSON. — Soc. des sc. médic. de Lyon, 1893.
POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.
ROUSTAN. — Montpellier Médical, 1884.
SAFFORD-LEE. — Les tumeurs de l'utérus et des annexes, 1847.
SCHAUTA (De). — Congrès d'Amsterdam, 1899.
SPENCER-WELLS. — Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, 1883.
STROHEKER. — Thèse de Paris, 1902.
TERRILLON. — Ann. de gynécol. et d'obst., sept. 1885.
VAUTRIN. — Ann. de gynécol. et d'obst., nov. 1895.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude des fibromes
du ligament large,

par Joseph Verdier.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 20 juillet 1921.

Le Professeur,
ESTOR.

VU :

Montpellier, le 21 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 21 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
